

NOME DO SEGURADO	PROPOSTA
------------------	----------

SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ESTADO CIVIL <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Viúvo <input type="checkbox"/> Divorciado	NACIONALIDADE
---	--	---------------

CPF	PROFISSÃO
-----	-----------

E-MAIL	TELEFONE PARA CONTATO	TELEFONE CELULAR
--------	-----------------------	------------------

PARA EVENTUAL PAGAMENTO, FAVOR INFORMAR ABAIXO OS DADOS BANCÁRIOS DA CONTA CORRENTE OU POUANÇA DE TITULARIDADE DO (A) SEGURADO (A).

(* Alertamos que não é possível efetuar crédito dos eventuais pagamentos de indenização e, contas bancárias de terceiros (não beneficiário/ segurado).

NOME DO BANCO	Nº DO BANCO	AGÊNCIA	CONTA CORRENTE	DÍGITO DA C/C
---------------	-------------	---------	----------------	---------------

TEM COBERTURA DE DOENÇAS GRAVES EM OUTRA SEGURADORA? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	SE AFIRMATIVO, INFORME O NOME DA SEGURADORA
---	---

DADOS DO DECLARANTE (SE DIFERENTE DO SEGURADO)

NOME DO DECLARANTE	E-MAIL
--------------------	--------

CPF	TELEFONE PARA CONTATO (DDD)
-----	-----------------------------

RELATÓRIO MÉDICO

AS INFORMAÇÕES SEGUINTE DEVERÃO SER PRESTADAS PELO MÉDICO QUE ACOMPANHOU O SEGURADO DURANTE SEU TRATAMENTO

1 - DATA E MOTIVO DA PRIMEIRA CONSULTA

Data: ____/____/____ Motivo: _____

2 - DATA DO EVENTO VASCULAR ENCEFÁLICO: ____/____/____

3 - O EVENTO VASCULAR ENCEFÁLICO FOI DIAGNOSTICADO COMO:

- a) Ataque isquêmico transitório (TIA) ou déficit neurológico isquêmico reversível prolongado (PRIND)? () Sim () Não
- b) Lesão traumática do tecido encefálico ou de vasos sanguíneos; hemorragias encefálicas pós-operatórias? () Sim () Não
- c) Déficits neurológicos decorrentes de hipóxia, infecção, doença inflamatória, enxaqueca ou procedimentos médicos? () Sim () Não
- d) Achados de imagem incidentais (CT ou RNM) sem sintomas clínicos claramente relacionados (AVE silencioso)? () Não () Sim
- e) Acidente vascular encefálico (AVE), isquêmico ou hemorrágico, com sintomas neurológicos? () Não () Sim

4 - Diagnóstico preciso (tipo, localização, extensão)

5 - Data e descrição dos sintomas iniciais

Data: ____/____/____

6 - Datas e resultados dos exames realizados na investigação diagnóstica

Data: ____/____/____

7 - Os exames de imagem realizados mostram sinais compatíveis com instalação aguda do quadro? () Não () Sim

Observações:

8 - O evento resultou em déficits neurológicos? () Não () Sim

Caso afirmativo, quais?

9 - Na presente data, os déficits neurológicos permanecem? () Não () Sim

Caso afirmativo, quais?

Considera-os definitivos?

10 - Houve internação hospitalar? () Não () Sim

Nome do Hospital: _____

Data da internação: ____/____/____ Data da alta: ____/____/____

UTI: () Não () Sim

11 - Houve cirurgia? () Não () Sim

Data da cirurgia: ____/____/____

Nome da cirurgia: _____

12 - Principais tratamentos instituídos:

13 - Doenças subjacentes e fatores de risco (pessoais e familiares) que podem ter contribuído para o AVE (tabagismo, dislipidemia, distúrbios da coagulação, hipertensão arterial, uso de medicação etc.):

14 - Prognóstico:

LOCAL E DATA

ASSINATURA E CARIMBO

CRM: _____

DADOS DO MÉDICO ASSISTENTE
(a assinatura do médico deverá ter firma reconhecida)

Afirmo que as respostas acima são completas e verdadeiras e estou ciente do artigo 80 do Código de Ética Médica, de 2009 (Artigo 80 - é vedado ao médico: "Expedir documento médico sem ter praticado ato profissional que o justifique, que seja tendencioso ou que não corresponda à verdade.")

Observação: Favor datar, assinar, informar CRM legível e carimbar este formulário, informando seus meios de contatos profissionais, com telefones, desde já autorizando ser contatado pela Assessoria Médica da Cia. Seguradora, para fins de esclarecimentos adicionais sobre os dados médicos registrados.

ASSINATURA DO MÉDICO ASSISTENTE E CARIMBO

LOCAL E DATA: ____/____/____

NOME COMPLETO: _____ CRM: _____

E-MAIL: _____

TELEFONES: _____

LOCAL E DATA

ASSINATURA DO(A) SEGURADO(A)

DOCUMENTOS A SEREM ANEXADOS A ESTE FORMULÁRIO PREENCHIDO E ENTREGUE NA SEGURADORA

- () Cópia simples do RG, CPF e comprovante atualizado de residência (com validade de até 3 meses) do Segurado;
- () Cópia simples do resultado de todos os exames realizados - diagnóstico e de controle (somente laudo), na falta, enviar o filme;
- () Cópia do resumo de alta hospital;
- () Original do modelo do Registro de Informações Cadastrais Pessoa Física - Circular SUSEP 445/12 preenchido por todos os beneficiários; (vide alínea "d" do item **NOTA**, abaixo)

NOTA:

- a) A entrega de toda documentação agiliza a análise do processo, procure dar entrada somente quando tiver todos os documentos acima listados em mãos.
- b) Para facilitar e verificar se todos os documentos necessários para abertura do processo foram entregues, assinale com "x" a frente da cada um deles.
- c) Caso haja necessidade outros documentos poderão ser solicitados pela Seguradora.
- d) Os formulários citados poderão ser impressos no site da Porto Seguro, conforme caminho a seguir: www.portoseguro.com.br / Vida e Previdência / Em caso de sinistro.

Porto Seguro Cia de Seguros Gerais

Al Barão de Piracicaba, 618 - Campos Elíseos - São Paulo - CNPJ 61.198.164/0001-60

Atendimento Grande São Paulo: Chat On-line Porto Seguro - <http://www.portoseguro.com.br/> Canais de Atendimento/ Seguro Vida, ou através do telefone (11)3366-3377 - Outras Localidades: 0800 727 9393 - De segunda a sexta-feira, das 08:15 as 18:30.

SAC: 0800 727 2746 (Informação, reclamação e cancelamento) - 0800 727 8736 (Atendimento exclusivo para deficientes auditivos)

Ouvidoria: (11) 3366-3184 / 0800 727 1184

Site: www.portoseguro.com.br